

CARACTERIZACION CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. HOSPITAL "Dr. ISRAEL RANUAREZ BALZA", GUÁRICO. 2009–2010.

Ana María Rodríguez y Raquel Pérez

Ministerio del Poder Popular para la Salud. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón".
Maracay, Venezuela. E mail: anamrodriguez2013@gmail.com

RESUMEN

La neumonía adquirida en la comunidad son aquellas infecciones de parénquima pulmonar desarrolladas en el seno de la población general. En el Mundo constituyen una de las causas más frecuentes de atención médica, estimándose una incidencia actual, en la población adulta, de 2 a 10 casos /1.000 habitantes año. Es por ello que surge esta investigación, que tiene como propósito caracterizar clínica y epidemiológicamente a las neumonías adquiridas en la comunidad. Hospital "Dr. Israel Ranuarez Balza", Estado Guárico. 2009–2010. En la investigación se utilizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, donde se tomó 138 historias, de las cuales sólo se incluyeron en el estudio 77, las cuales tenían diagnóstico de egreso de neumonía adquirida en la comunidad que poseían los criterios de inclusión. Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS versión 13.0. Se obtuvo como hallazgos importantes que es más frecuente la Neumonía adquirida en la Comunidad en el género masculino (63,64%) y en el grupo etario de 25-44 años (40,26%), los hallazgos más relevantes son la frecuencia respiratoria ≥ 20 rpm (78%), los leucocitos ≥ 11.000 mm³ (60%), la creatinina $\geq 1,2$ mg/dl (44%), la localización radiológica más común son los infiltrados en lóbulos inferiores (48%) y múltiples focos (26%)

Palabras Clave: Neumonía, Comunidad, Enfermedad Pulmonar

CHARACTERIZATION CLINIC AND EPIDEMIOLOGIC OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA. HOSPITAL "Dr. ISRAEL RANUAREZ BALZA". GUÁRICO. 2009–2010.

ABSTRACT

The community-acquired pneumonia are those infections developed lung parenchyma within the general population. In the World is one of the most frequent causes of medical care, a current estimated incidence in the adult population of 2-10 year 1,000 population cases. That is why this research, which aims to characterize clinically and epidemiologically to community-acquired pneumonia arises. "Dr. Israel Ranuarez Balza "State Guárico. 2009-2010. An observational, descriptive, cross-sectional study where 138 stories, of which he took only included in the study 77 was used in the investigation, which had discharge diagnosis of pneumonia acquired in the community who had the inclusion criteria . The data were processed using the statistical package SPSS version 13.0. Obtained as important findings that is more common community-acquired pneumonia in males (63.64%) and in the age group of 25-44 years (40.26%), the most relevant findings are respiratory rate ≥ 20 rpm (78%), leukocytes $\geq 11,000$ mm³ (60%), creatinine $\geq 1,2$ mg / dl (44%), the most common radiologic localization are infiltrates in the lower lobes (48%) and multiple foci (26%)

Key words: Pneumonia, Community, Pulmonary Disease

Recibido: 01/05/2014. Aprobado: 29/09/2014

INTRODUCCION

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones, específicamente en individuos quienes no hayan sido recientemente hospitalizados. La neumonía adquirida en la comunidad es un tipo de neumonía y afecta a personas de todas las edades. La NAC ocurre en todo el mundo y es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad.⁽¹⁾

En el mundo, las neumonías constituyen una de las causas más frecuentes de atención médica. No solo supone un problema diagnóstico, sino también en lo que concierne a su manejo terapéutico, la morbilidad que genera hace que constituya un problema sanitario. La mortalidad de la NAC severa es alta en todo el mundo con la Influenza-Neumonía como la octava causa de muerte en Estados Unidos. En un estudio de Estadísticas de Salud de Estados Unidos en la década de los noventa, se reporta que la incidencia de la Neumonía Adquirida en la Comunidad se estimó entre 2 y 12 casos por 1 000 habitantes/año; en los mayores de 65 años se sitúa en 25 a 35 casos por 1000 habitantes/año.⁽²⁾

En Venezuela, la NAC es una entidad clínica con impacto en la salud pública. Representa la novena causa de muerte, con una tasa de mortalidad de 8,4 por 100.000 habitantes para el 2000, siendo el principal motivo de hospitalización y consulta dentro de las enfermedades infecto-contagiosas en instituciones hospitalarias. En el período comprendido entre 1998 y 2002 se registraron 36.334 casos en mayores de 5 años, lo que representa una tasa de morbilidad de 170 casos por 100.000 habitantes⁽³⁾. Para el 2005, la neumonía seguía ocupando el noveno puesto de todas las causas de muerte, alcanzando la cifra equivalente a 8 muertes al día, estando muy por encima de enfermedades como la diarrea y las enfermedades hepáticas en general.⁽⁴⁾

A nivel regional tenemos que según el Boletín Estadístico de Salud y Nutrición (1989 – 1997), en el año 1990 la tasa de morbilidad por Neumonía en el estado Guárico era solo de 49,6, para el año 2000 aumento a 160,2 por cada 100.000 habitantes. Aunado a esto para el 2006 se cuantificaron 1290 casos denunciados por neumonía en el estado.⁽⁴⁾

Esta situación se explica por múltiples causas, entre las cuales figuran: edad y procedencia de los enfermos, la atención en las urgencias hospitalarias con cumplimiento del tratamiento ambulatorio, el estado nutricional, comorbilidades asociadas y gérmenes frecuentes que han desarrollado resistencia a los antibióticos clásicos; aunque se han desarrollado nuevos métodos diagnósticos microbiológicos que ayudan a establecer la etiología, la mortalidad, que ha disminuido de forma significativa en los últimos años en otro tipo de infecciones se resiste a disminuir en las neumonías.⁽⁵⁾

Varios autores⁽⁶⁾ diagnosticaron 141 pacientes con neumonía, sin razones aparentes para su admisión al hospital clasificando la hospitalización en necesaria e innecesaria, empleando tablas de riesgo para neumonías. Los resultados

clínicos parecen ayudar a distinguir a pacientes que necesitan la admisión para el tratamiento de neumonías de aquellos que no la tienen.

En el Hospital Israel Ranuarez Balsa no se aplican las guías de indicadores pronósticos a los pacientes ingresados, no existen antecedentes confiables sobre la incidencia real de NAC, en el Servicio de Medicina Interna, ni que grupo de edad ha sido más afectado, por lo tanto ignoramos la conducta utilizada en cada uno de ellos, ya que no existe información sistematizada con enfoque epidemiológico sobre las NAC en el Municipio Roscio, ni en el Hospital, que agrupe las causas, valore la evolución y atención de los pacientes ingresados por esta causa. Es por esto que el estudio se plantea como pregunta ¿Cuáles fueron las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados con Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de San Juan de los Morros, Estado Guárico entre enero año 2009 y enero del año 2010?

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACION

El presente es un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal que evaluará las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con el diagnóstico de NAC en el Hospital General de San Juan de los Morros, Estado Guárico desde Enero 2009 – Enero 2010.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se revisaron todas las Historias Clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital de San Juan de los Morros con el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (138 pacientes), en el período enero 2009 – Enero 2010, de los cuales sólo 77 cumplieron con los siguientes criterios: Hospitalizados con diagnóstico de NAC y neumonías en pacientes procedentes de ancianatos o albergues de cuidado diario; excluyendo a: las neumonías cuyos síntomas clínicos, radiológicos y de laboratorio hayan aparecido 48 horas después del ingreso hospitalario, o en un lapso de 10 días o menos después de un alta hospitalaria y aquellos pacientes que reingresan al hospital debido a una recaída por su neumonía tras haber recibido tratamiento para su NAC; resultando una muestra de 77 pacientes.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicitó permiso a través de un oficio a la Directiva del Hospital Israel Ranuarez Balza para realizar la investigación, la cual autorizó al departamento de historias médicas para facilitar el acceso a la información. Los datos fueron transferidos a la planilla de recolección de datos, la cual recolectó los datos clínicos y epidemiológicos (edad y sexo) propios del estudio. Se realizó cruce de variables de resultado clínico temprano y CURB-65 con distintas variables en estudio las cuales son: 1) Radiografía de tórax con infiltrado a múltiples focos, 2) Edad

\geq a 65 años, 3) Frecuencia respiratoria \geq a 30 x min, 4) Leucocitos \geq a 20000 x mm³, 5) Trombocitopenia 6) Creatinina \geq a 1,2grs/dl, 7) Taquicardia mayor a 120 x min, 7) Comorbilidades asociadas (VIH, EPOC, Diabetes, Embarazo) 5) Trombocitopenia \leq a 150000 mg/dl

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Los datos recolectados a través de una planilla diseñada y validada previamente, fueron transcritos y analizados a través del SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 13.0, para Windows.

Las variables categóricas tales como el sexo, diagnóstico de NAC, Indicadores NAC y otros, fueron analizadas mediante la comparación de frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó estadística descriptiva y se calculó Chi cuadrado e intervalos de confianza para el cruce de variables, empleando el programa estadístico Epidat versión 3.1.

RESULTADOS

En los criterios diagnósticos se refleja que el 100% de los pacientes incluidos en el estudio presentaron infiltrado nuevo al momento de su admisión, con uno o más de los otros criterios, siendo las alteraciones leucocitarias las de más bajo porcentaje (60%).

Al relacionar género y grupo etario, es de hacer notar que el 59% de los pacientes afectados están entre los grupos de 25-44 y 45-64, y de estos el sexo masculino presenta el 63% siendo mayor que el de mujeres.

Con relación a los hallazgos clínicos y paraclínicos encontrados en los pacientes con NAC a su ingreso al hospital, observamos que la taquipnea (77%), la leucocitosis \geq 11000 mm³ (60%), las cifras de Creatinina \geq 1,2 mgs/dl (44%), son los tres principales hallazgos. De igual forma, se establecieron las asociaciones comórbidas que acompañaron a los pacientes estudiados con NAC, en donde se destaca la Diabetes Mellitus, el VIH, las Enfermedades Cardíacas y el EPOC como las cuatro principales, originando que el 24% de los pacientes hospitalizados prolongaron su estancia para el tratamiento de estas, y en un 16% se prolongó injustificadamente su estancia hospitalaria.

Todos los pacientes tienen algún tipo de infiltrados pulmonares, donde la mayor distribución estuvo entre los lóbulos inferiores (31% y 17% inferior derecho e izquierdo respectivamente) y Múltiples Focos (26%)

Al contrastar la variable Creatinina \geq a 1,2grs/dl se encuentra asociación estadísticamente significativa con el CURB-65 \geq a 2 (neumonía severa). Con relación a los infiltrados radiológicos múltiples observamos que su ausencia se relaciona en forma estadísticamente significativa con CURB-65 de 0 puntos.

DISCUSION

El género más afectado se apoya a estudios realizados con anterioridad (7), quienes evidenciaron que de 234 pacientes con NAC hospitalizados, 60% correspondía al sexo masculino.

El grupo etario más afectado difiere con la mayoría de lo encontrado en la literatura, como en el estudio mencionado anteriormente, donde las investigadoras determinaron que la edad mayor de 65 años triplica la posibilidad de desarrollar NAC, por las características que se dan en las personas a partir de la sexta década de la vida como son, la disminución de la elasticidad pulmonar y la actividad de los músculos respiratorios, el deterioro cualitativo de la función inmunitaria y las múltiples comorbilidades asociadas. En este estudio se evidenció que todos los pacientes con VIH y el mayor porcentaje de fumadores se encuentran en el grupo etario más afectado (25 a 64 años), siendo estos factores de riesgo para NAC, pudiendo estos explicar la mayor frecuencia de neumonías en ellos.

Con respecto a los requerimientos de hospitalización, tenemos según estudios previos 2 escalas, una que estratifica a los pacientes con NAC en cinco grupos con distinto riesgo de muerte (8); la otra escala (9) es el CURB-65 que se basa en 4 variables y la edad; partiendo de lo expuesto con anterioridad, 40% de los pacientes están en clase de riesgo III, IV y V, y el resto un 55% pudiesen haberse beneficiado de un manejo ambulatorio. Sin embargo es importante destacar que del 100% de los pacientes ingresados con NAC, solo un 14% tuvo una hospitalización injustificada, y es que según el grupo PORT y la BTS más del 60% de los pacientes no debió hospitalizarse, nuestra realidad nos obliga a considerar factores que son obviados por estos test al igual que lo señala un estudio que otorga importancia a las siguientes características: necesidades sociales, intolerancia a la vía oral, edades tempranas de la vida, la realidad de cada hospital y la condición médica per se. ⁽¹⁰⁾

Los hallazgos clínicos y paraclínicos más relevantes del estudio concuerdan con muchos estudios que le otorgan importancia a las variables e indican que la frecuencia respiratoria determina la gravedad del proceso en base a ser un marcador bastante fiel de insuficiencia respiratoria hipoxémica al igual de la relevancia de una cuenta leucocitaria alta que lo establecen como un elemento diagnóstico importante y si la misma es baja para un mal pronóstico de la NAC ^(17, 10). Varios autores encontraron que la creatinina elevada es un factor que está presente en las NAC severa y es considerado un factor pronóstico importante en los pacientes ⁽⁷⁾.

En los infiltrados pulmonares evidenciados en la radiología de tórax también concuerda con los hallazgos de otras publicaciones que establecieron que las bases y la infiltración bilateral eran lo más comunes al ingreso, y a su vez el factor multilobular se asociaba a mayor mortalidad. ⁽¹¹⁾

Las tres principales causas de comorbilidades encontrada por orden de frecuencia fue diabetes mellitus, VIH e insuficiencia cardíaca congestiva. Se ha señalado la asociación diabetes e infecciones respiratorias en un estudio prospectivo y determinaron que la misma favorece a infecciones por gérmenes menos comunes ⁽¹²⁾. Ahora bien, existen investigadores que describieron también que el impacto de la insuficiencia cardíaca en la neumonía es de tipo multifactorial, se ha atribuido en parte a un mayor crecimiento bacteriano y

deterioro en el clearance relacionado al edema pulmonar (4). Anteriormente se ha valorado al VIH como posible factor de mal pronóstico de la NAC grave, y dice que está asociada a un mal pronóstico e incluso como factor independiente de mortalidad ⁽¹¹⁾.

Varios investigadores lograron demostrar la validez de los predictores clínicos de severidad que conforman el CURB-65, en nuestro estudio se obtuvo significancia estadística al relacionar CURB-65 \geq a 2pts con la creatinina \geq 1,2mg/dl con lo de alguna manera estamos validando la escala CURB-65 como factor pronóstico para la NAC en nuestro sitio de trabajo. ⁽¹²⁾

A su vez encontramos que la radiografía de tórax con compromiso multilobular presenta una mayor proporción en los casos con CURB-65 \geq 2pts y clase de riesgo del grupo PORT IV y V, este hallazgo se confirma y se encontró significancia estadística como predictor de fallo clínico y mortalidad a la radiografía de tórax a múltiples focos. ⁽¹³⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cunha, Burke A; Ryland P Byrd (febrero de 2007). «Pneumonia, Community-Acquired» (en inglés). eMedicine.com.
2. Laterre PF. Severe community acquired pneumonia update: mortality, mechanisms and medical intervention. Critical Care. 2008; 12(Supl 6): S1. PubMed; PMID: 19105794
3. Sociedad Venezolana de Neumonología y Cirugía de Tórax, Pautas para el diagnóstico y tratamientos de neumonías, EPOC y tuberculosis. Octubre de 2005.
4. Ministerio de salud y Desarrollo Social. Anuario de Mortalidad, Venezuela, 2005.
5. Martínez R, Valles J, Reyes S, Menéndez R. Neumonía adquirida en la comunidad: Epidemiología, factores de riesgo y pronóstico. España. 2006.
6. Black ER, Mushlin . Predecir la necesidad de hospitalización en paciente con NAC. Sep. 1991. 6(5): 394-400
7. Mac Farlane JT, Finch RG, Ward MJ, McGrae AD. Hospital study of adult community-acquired pneumonia. 1982.
8. Fine M, Stone R, Singer D. Resultados de cuidados para pacientes con NAC., Arch. Inter. Med. 1999.
9. British Thoracic Society (BTS) Standards of Care Comminttee. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. Thorax. 2001; 56 (4): 1-64
10. Marrie TJ. Semin Pneumococcal pneumonia: epidemiology and clinical features. Semin Respir Infect .1999; 14(3):227-36
11. Leroy O, Sante C, Beuscart C, Georges H, Guery B, Jacquier JM, Et al. A five-year study of severe community-acquired pneumonia with emphasis on prognosis in patients admitted to an intensive care unit. Intensive Care Med. 1995. 21:24-31
12. Woodhead M, Mac Farlane J, McCracken J. Prospective study of the aetiology and outcome of pneumonia in the community. Lancet. 1987. 1:671-4.
13. Spiteri MA, Cook DG, Clarke SW. Reliability of eliciting physical signs in examination of the chest. Lancet. 1988

Tabla 01.- Neumonía Adquirida en la comunidad, según criterios diagnósticos. Hospital Israel Ranuarez Balza. 2009 – 2010

| Variable | Nº | % |
|---|-----------|----------|
| A) Radiografía de tórax con evidencia de infiltrado pulmonar nuevo | 77 | 100 |
| B) Tos de reciente comienzo o en aumento con/sin esputo productivo | 62 | 80 |
| C) Fiebre >37.8° C o hipotermia <35.6° C . | 68 | 88 |
| D) Cambios en el recuento de glóbulos blancos (leucocitosis o leucopenia) | 46 | 60 |

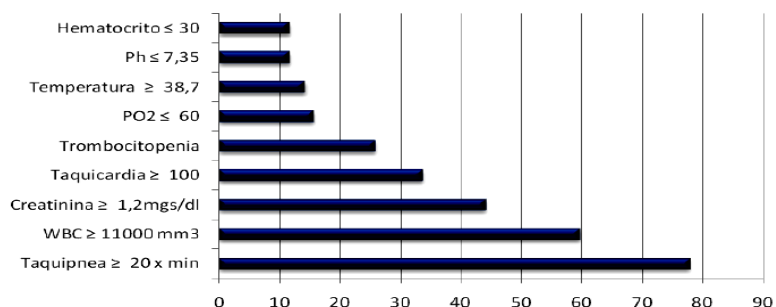
Fuente: Historia Clínica del Servicio de Medicina Interna del HIRB

Tabla 02.- Neumonía adquirida en la comunidad según grupo de edad y sexo. Hospital Israel Ranuarez Balza. Enero 2009 – Enero 2010

| Grupos de Edad | Masculinos | | Femeninos | | Totales | |
|-----------------------|-------------------|----------|------------------|----------|----------------|----------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 17-24 años | 4 | 5,19 | 5 | 6,49 | 9 | 11,69 |
| 25-44 años | 21 | 27,27 | 10 | 12,99 | 31 | 40,26 |
| 45-64 años | 13 | 16,88 | 2 | 2,60 | 15 | 19,48 |
| ≥ 65 años | 11 | 14,29 | 11 | 14,29 | 22 | 28,57 |
| Total | 49 | 63,64 | 28 | 36,36 | 77 | 100 |

Fuente: Historia Clínica del Servicio de Medicina Interna del HIRB

Grafico 1.- Neumonía adquirida en la comunidad, parámetros clínicos y de laboratorio más frecuentes. Hospital Israel Ranuarez Balza. 2009 – 2010



Fuente: Historia Clínica del Servicio de Medicina Interna del HIRB

Tabla 03.- Neumonía adquirida en la comunidad según localización del infiltrado pulmonar nuevo. Hospital Israel Ranuarez Balza. 2009 –2010

| Localización Infiltrado Pulmonar | Nº | % |
|----------------------------------|-----------|------------|
| Lóbulo superior derecho | 1 | 1 |
| Lóbulo medio derecho | 7 | 10 |
| Lóbulo inferior derecho | 24 | 31 |
| Lóbulo superior izquierdo | 1 | 1 |
| Lóbulo inferior izquierdo | 13 | 17 |
| Locación Inespecífica | 11 | 14 |
| Múltiples Focos | 20 | 26 |
| Total | 77 | 100 |

Fuente: Historia Clínica del Servicio de Medicina Interna del HIRB

Tabla 04.- Neumonía adquirida en la comunidad según asociación CURB-65 con variable de estudio. Hospital Israel Ranuarez Balza. 2009 – 2010

| | | CREATININA ≥ 1,2 | | |
|---------|----------|------------------|----|---------|
| | | SI | NO | |
| CURB-65 | 0 | 0 | 22 | 0,000** |
| | 1 | 14 | 17 | |
| | Más de 2 | 21 | 3 | |

| | | RX MÚLTIPLES FOCOS | | |
|---------|----------|--------------------|----|--------|
| | | SI | NO | |
| CURB-65 | 0 | 1 | 21 | 0.014* |
| | 1 | 9 | 22 | |
| | Más de 2 | 10 | 14 | |

Fuente: Historia Clínica del Servicio de Medicina Interna del HIRB

(*) Significativo $\alpha=0,05$

(**) Significativo $\alpha=0,01$